UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1911. — N° 12

CONTRIBUTION
à
l'Etude de la Dystocie
par volume exagéré des Epaules
DANS LES PRÉSENTATIONS CÉPHALIQUES
Son traitement, par le crochet axillaire de M. le Prof. ROUVIER

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le 5 Juillet 1911

PAR

EUGÈNE YAÏCH

Né à Alger, le 1er Octobre 1880

MEMBRES DU JURY :

MM. ROUVIER, professeur de clinique obstétricale. — *Président.*
VINCENT, professeur de clinique chirurgicale.
SOULIÉ, professeur de pathologie générale, microbiologie et parasitologie. — *Juges.*
FUSTER, chargé des fonctions d'agrégé.

C. VOLLOT
IMPRIMEUR - ÉDITEUR
7, RUE DUMONT-D'URVILLE. — ALGER

1911

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546507_0053

UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1911. — N° 12

CONTRIBUTION

à

l'Etude de la Dystocie

par volume exagéré des Epaules

DANS LES PRÉSENTATIONS CÉPHALIQUES

Son traitement, par le crochet axillaire de M. le Prof. ROUVIER

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le 5 Juillet 1911

PAR

EUGÈNE YAÏCH

Né à Alger, le 1er Octobre 1880

ACAD. LUGDUNAT. BIBL.

MEMBRES DU JURY :

MM. ROUVIER, professeur de clinique obstétricale, *Président.*
VINCENT, professeur de clinique chirurgicale.
SOULIÉ, professeur de pathologie générale, microbiologie et parasitologie. } *Juges.*
FUSTER, chargé des fonctions d'agrégé.

C. VOLLOT
IMPRIMEUR - ÉDITEUR
7, RUE DUMONT-D'URVILLE. — ALGER

1911

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN	MM. CURTILLET (I. ✠).
ASSESSEUR	VINCENT (I. ✠).

PROFESSEURS

Anatomie	MM. WEBER (I. ✠).
Anatomie pathologique et histologie	POUJOL (I. ✠).
Physiologie	REY (I. ✠).
Clinique médicale	ARDIN-DELTEIL (I. ✠).
Clinique chirurgicale	VINCENT (I. ✠).
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées	BRAULT (✲ I. ✠).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	CURTILLET (I. ✠).
Clinique obstétricale	ROUVIER (✲ I. ✠).
Clinique ophtalmologique	CANGE (A. ✠).
Chimie médicale et toxicologie	MALOSSE (I. ✠ ⚜).
Physique médicale et biologique	GUILLEMIN (✲ I. ✠).
Pharmacie	BATTANDIER (I. ✠).
Matière médicale et thérapeutique	HERAIL (I. ✠).
Histoire naturelle médicale	TRABUT (✲ I. ✠ Ma. O ⚜)
Pathologie générale, microbiologie et parasitologie	SOULIÉ (I. ✠).
Hygiène et médecine légale	CRESPIN (I. ✠).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉS

Chaires d'anatomie et de physiologie	MM. LEBLANC (A. ✠).
Chaires de pathologie et de clinique internes	GILLOT (A. ✠). N...
Chaires de pathologie et de clinique externes, et de clinique obstétricale	E. CABANES (A. ✠). FUSTER.
Chaire d'histoire naturelle	N..
Chaires de chimie et de physique	MALOSSE (A. ✠)
Chaires de pharmacie et de matière médicale	MUSSO.

A la mémoire de mon Père,

A la mémoire de mon Frère Félix,

Interne en médecine,
Mort victime du devoir professionnel
à l'ambulance d'El-Kettar,
Décoré de la Médaille d'or des épidémies.

A ma Femme et à mon Enfant,

A mes Beaux-Parents,

A mes Oncles et Tantes,

A ma Famille,

A mes Amis.

A MES AMIS

Les Docteurs Coste, Cazenave,

Laquière, Morali, Timsit, Ricoux

A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER

ET DE L'HOPITAL CIVIL DE MUSTAPHA

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROUVIER,

Professeur de Clinique obstétricale,

Chevalier de la Légion d'Honneur.

INTRODUCTION

Pendant notre stage à la Maternité d'Alger, nous eûmes l'occasion d'assister à maintes interventions de dégagement des épaules enclavées dans l'excavation, après la sortie de la tête, par le crochet axillaire de M. le professeur Rouvier.

M. le professeur Rouvier a bien voulu nous autoriser à en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Les grandes idées directrices de ce modeste travail émanent de son enseignement clinique à la Maternité et d'un mémoire inédit, qu'il a bien voulu nous communiquer, sur le crochet.

Qu'il nous soit permis de lui exprimer ici l'hommage de notre profonde reconnaissance pour les conseils qu'il n'a cessés de nous prodiguer, et pour l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la soutenance de notre thèse.

A nos maîtres de la Faculté d'Alger dont nous avons été le stagiaire, MM. Ardin-Delteil, Brault, Cange, Curtillet, Vincent, nous témoignons pareille gratitude.

A M. le Professeur Soulié, ex-chef de service à l'Ambulance d'El-Kettar, pendant la grande et si meurtrière épidémie de 1909, l'expression de notre

profonde reconnaissance pour les marques de sympathie à l'égard de notre famille.

Que notre bonne mère, qui n'eût pas le bonheur de voir couronner les études de son pauvre aîné, Félix, interne en médecine, mort victime du devoir professionnel, des suites du typhus contracté au chevet de ses malades à l'ambulance d'El-Kettar ; que notre femme et notre enfant ; que nos beaux-parents, oncles, tantes, beaux-frères, frères et sœurs reçoivent, ici, le témoignage de notre profonde affection.

Première Partie

1° HISTORIQUE

Lorsque la tête a franchi l'orifice vulvaire, l'accouchement n'est pas terminé, les épaules peuvent être retenues au détroit supérieur ou dans l'excavation pelvienne.

Des observations de dystocie des épaules, dans les présentations céphaliques, ont été rapportées par tous les anciens accoucheurs, dès la plus haute antiquité, mais ce n'est qu'à la fin du XVI° siècle, qu'on en découvrit la véritable cause.

Les accouchements laborieux étaient attribués aux causes les plus variées ; resserrement du col de la matrice autour du cou du fœtus, volume exagéré du fœtus, circulaires du cordon, etc.

En 1721, Mauriceau donne le « moyen d'accoucher la femme quand le corps de l'enfant demeure arrêté au passage, par les épaules, après sortie de la tête : si les tractions sur la tête ne dégagent pas l'enfant, il faut glisser, dit-il, « un ou deux doigts de chaque « main par-dessous chacune des aisselles avec lesquelles, les recourbant en dedans, on fera avancer « et on tirera peu à peu les épaules ».

Vers la même époque, en 1722, de la Motte, chi-

rurgien-accoucheur, intervient chez une femme en travail depuis trois jours et dont l'enfant avait cessé de vivre. La tête dégagée, il lui fut impossible d'extraire le reste du corps « tant les épaules de l'enfant étaient grosses ».

« Je me joignis, raconte de La Motte, à mon con « frère et nous tirâmes tous deux ensemble si fort, « que nous parvînmes à en faire l'extraction sans « que la tête se séparât du corps. Aussi, l'enfant « était l'un des plus gros que j'eusse vus ».

En 1751, Levret, dans son mémoire intitulé *Sur les causes et les accidents de quelques accouchements laborieux* étudie le mécanisme de la même dystocie.

« La cause la plus ordinaire et la moins connue est, « non pas l'excès de volume des épaules, mais la si- « tuation latérale et oblique du corps de l'enfant « dans la matrice.

« C'est cette situation que je considère comme la « cause la moins connue de l'accouchement labo- « rieux, dans lequel il est impossible qu'on n'arra- « che pas la tête, si l'on continue à faire des efforts « pour l'extraction du corps, sans lui avoir fait chan- « ger de position ».

La notion d'excès de longueur du bis-acromial ne fut envisagée qu'au début du XIX^{e} siècle. En 1860, Jacquemier a fait une description nette et vaiment clinique de la dystocie qui nous occupe dans un mémoire intitulé : « *Du volume de la poitrine et des épaules du fœtus considéré comme cause de dystocie dans les présentations de l'extrémité céphalique* ». Il

cite neuf observations dans lesquelles la tête était d'un volume normal et les épaules développées au point de produire l'arrêt du travail tant au détroit supérieur et inférieur.

Cette étude fut reprise dans ces dernières années par Vilpel, H. Dubois, Bonnaire, Attaix, etc.

En septembre 1909, dans un travail communiqué au Congrès international de Médecine de Budapesth, M. le professeur Rouvier établit, d'après des statistiques prises dans son service de la Maternité d'Alger, que la dystocie par excès de diamètre bis-acromial est assez fréquente.

Enfin, Demelin, dans un rapport récent (13 février 1911) à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pœdiatrie de Paris, montra que « quand pour les diamètres d'un fœtus à terme, le bassin normal de la mère se trouve trop étroit, ce sont les épaules du fœtus qui font obstacle et non la tête ».

CHAPITRE PREMIER

Du diamètre bis-acromial à l'état physiologique chez le fœtus viable

Le grand mérite de Jacquemier est d'avoir établi, par des faits précis, que les épaules peuvent déterminer l'arrêt du travail, quand, arrêtées au détroit supérieur, elles retiennent la tête au fond de l'excavation ; ou bien encore quand la tête, dégagée spontanément ou artificiellement, elles n'effectuent pas leur rotation au détroit inférieur.

Les causes d'arrêt des épaules proviennent de la mère ou du fœtus lui-même.

Du côté de la mère, nous citerons les viciations pelviennes, la rétraction de l'anneau de Bandl autour du cou de l'enfant, la résistance du périnée.

Mais c'est surtout du côté du fœtus, qu'il faut chercher l'explication de cette variété de dystocie.

Nous éliminerons toutes les causes de dystocie d'ordre pathologique (hydrothorax, œdème généralisé, putréfaction du fœtus, etc.) et nous envisagerons comme l'une des principales causes : l'excès anatomique ou fonctionnel de longueur du bis-acromial chez un fœtus physiologique.

Contrairement à ce qu'on pourrait croire de prime abord, ces cas ne sont pas très rares.

Nous avons à résoudre les problèmes suivants :

1° Longueur et variation du bis-acromial chez le fœtus à terme.

2° Réduction durant le travail.

3° Rapport du bis-acromial avec le poids de l'enfant.

4° Rapport du bis-acromial avec la taille de l'enfant.

1° Nous avons pratiqué un grand nombre de mensurations d'enfants nés viables à la Maternité d'Alger et pesant de 1650 gr. à 3600 gr, et nous avons constaté que si dans quelques cas, ce diamètre était de 0^m 10, 0^m 12, dans de nombreux cas, il était de 0^m 13, 0^m 14, 0^m 15, 0^m 16.

Sur un total de 115 bis-acromiaux appartenant à des fœtus de 4 à 6 kilos, Demelin note :

10	fois	ce diamètre inférieur à	12 c/m.
32	—	ayant de	12 à 12 c/m 9.
52	—	—	13 à 13 c/m 9.
14	—	—	14 à 14 c/m 9.
3	—	—	15 à 15 c/m 9.
3	—	—	17 à 17 c/m 9.
2	—	—	20 c/m.

Dans une communication à la Société d'obstétrique de Paris, le 21 mars 1907, M. Ch. Nicolas cite une observation d'accouchement d'un enfant ayant un

bis-acromial de 26 centimètres. Le cœur de l'enfant ne battait plus quand M. Nicolas fut appelé, la tête était sortie difficilement et le dégagement des épaules impossible. D'un coup de ciseau il sectionna la clavicule et put sortir un enfant énorme d'une longueur de 62 centimètres.

2· Il est singulier de constater que dans la majorité des cas d'excès du bis-acromial, l'accouchement s'effectue sans obstacle, mais cette bénignité n'est qu'apparente.

En effet, au point de vue clinique, nous devons tenir moins compte des dimensions absolues du bis-acromial, que de la réduction, variable suivant les cas, qui peut en atténuer les inconvénients, et du degré d'asynclitisme des épaules durant l'accouchement.

Pour apprécier dans quelles limites s'opère cette réduction, avec l'autorisation de M. le professeur Rouvier, nous avons effectué dans les archives de la Maternité, de juillet 1909 à mars 1911, une série de recherches dont voici les résultats :

Bis - acromial non réduit	Bis-acromial réduit
0m10..... 2 cas	0.08, 2 cas.
0.11..... 3 —	0.09, 3 cas.
0.115..... 1 —	0.095, 1 cas.
0.12..... 8 —	0.11, 4 cas ; 0.105, 1 cas ; 0.10, 3 cas.
0.125..... 1 —	0.105, 1 cas.
0.13..... 19 —	0.12, 7 cas ; 0.11, 10 cas : 0.10, 2 cas.
0.135..... 2 —	0.115 ; 0.11.
0 14..... 44 —	0.13, 8 cas, 0.12, 32 cas ; 0.11, 3 cas ; 0.10.
0.145..... 1 —	0.12.
0.15..... 14 —	0.14, 3 cas ; 0.13, 8 cas ; 0.12, 2 cas ; 0.11.
0.155..... 1 —	0.15.
0.16..... 2 —	0.14, 2 cas.
0.165..... 2 —	0.14 ; 0.135.
100 cas	

Contrairement aux idées généralement admises, nos recherches qui portent sur 100 enfants, tant garçons que filles, nous permettent de conclure que dans la majorité des cas (63 p. o/o), la réduction est de 0.02 et non de 0.03.

Ces recherches confirment celles de M. le profes-

seur Rouvier publiées dans son mémoire : « *Emploi « du crochet mousse, dit axillaire, pour le dégage- « ment des épaules enclavées dans l'excavation pel- « vienne au cours de l'accouchement par le sommet* » effectuées sur une série antérieure de 110 nouveau-nés de son service, et dont voici les conclusions :

« Quoique restreinte, cette statistique prouve cependant :

1· Que la réduction du bis-acromial n'est nullement en proportion de sa longueur primitive.

2· Que la majorité des cas, 61 cas sur 110, soit 55,45 o/o, elle est de 0,02 ;

3· Qu'il est exceptionnel de rencontrer des réductions de 0.005 millim. et de 0.04 cent. ; elles sont toutefois observées ».

Cette réduction est suffisante pour permettre l'engagement des épaules par asynclitisme, phènomène qui a pour effet de diminuer la longueur du bis-acromial.

Pour nous faire mieux comprendre ce dernier mècanisme, M. Bonnaire a fait la comparaison suivante : « Prenez, disait-il, un anneau rigide de 0,10 « et une tige rigide de 0,12, si vous présentez votre « tige directement de champ, il vous sera impossible « de faire traverser l'anneau par votre tige. Mais usez « de l'artifice qui consiste à prendre votre tige de « biais de façon qu'une extrémité passe d'abord.

« Dans ces conditions, rien n'est plus facile que « d'obtenir le passage de 12 centimètres dans les « 10 centimètres de l'anneau. C'est ce qui se passe au « niveau de l'anneau vulvaire lorsque le bis-acromial « est sur le point de le franchir ». M. Bonnaire appelait cet artifice « l'escamotage des épaules ». (In thèse Attaix).

3° Dans une deuxième série de recherches, nous avons examiné les rapports du bis-acromial avec le poids de l'enfant. La statistique (personnelle) suivante donne d'une part les dimensions du bis-acromial et d'autre part, les poids respectifs des nouveau-nés :

Dimension du Bis-acromial	Poids du nouveau-né
0.10.....	1.650, 1.960.
0.11.....	2.570, 1.960.
0.115.....	3.050.
0.12.....	2.100 ; 2.150, 2 fois ; 2.280, 2.800, 2.850, 3.150 ; 3.550.
0.125.....	2.900.
0.13.....	2.030 ; 2.530 ; 2.660, 2 fois ; 2 680 ; 2.800 ; 2.930 ; 3.030, 2 fois ; 3.090 ; 3.100 ; 3.170 ; 3.200 ; 3.205 ; 3.300 ; 3.500, 2 fois ; 3.650 : 3.720.
0.135.....	3.040 ; 3.070.
0.14.....	2.330 ; 2.580 ; 2.620 ; 2.650 : 2.800 ; 2.850 ; 2.900 ; 2.950, 2 fois ; 3.000 ; 3.050, 2 fois ; 3.125, 2 fois : 3.100, 2 fois ; 3.150, 3 fois ; 3.200 ; 3.220 ; 3.250, 4 fois ; 3.300 ; 3.350, 2 fois ; 3.400 ; 3.450 ; 3.470 ; 3.500, 2 fois ; 3.550 ; 3.570 ; 3.600 ; 3.700, 2 fois ; 3.730, 2 fois : 3.780 ; 3.850, 2 fois ; 3.910.
0.145	3.130.
0.15.....	3.100, 3 fois ; 3.150 ; 3.230 ; 3.550 ; 3.650 ; 3.685 ; 2,700, 2 fois ; 3,850 ; 4.200 ; 4.250 ; 4.560.
0.155.....	3.500.
0.16.....	4.120 ; 4.250.
0.165.....	3.415 ; 4.120.

Dans cette statistique, on remarque parfois des différences de plusieurs centimètres entre le bis-acromial de nouveau-nés de même poids, mais le plus souvent ces deux grandeurs varient dans les mêmes proportions.

Mais, le nombre des fœtus, de poids supérieur à 4 kilogrammes, est ici bien minime, puisque je n'en relève que six observations.

Reste à connaître la proportion de nouveau-nés à terme ayant un poids supérieur à 4.000 grammes et susceptibles par conséquent d'avoir un excès de bis-acromial.

M. le professeur Rouvier a trouvé par 1.000 la proportion suivante :

De 4.001 à 4.250	27
De 4.251 à 4.500	18.95
De 4.501 à 4.750	0.
De 4.751 à 5.000	2.36
De 5.001 à 5.250	2.37

En deux ans, Demelin n'a pas relevé, dans sa statistique hospitalière, moins de 119 cas de fœtus pesant de 4.000 à 5.430 grammes.

Cet excès de longueur du bis-acromial qui est, comme nous le voyons, relativement fréquent, nous permet de comprendre certaines particularités de la pathogénie de la dystocie des épaules dans les présentations céphaliques. Le bis-acromial trop long, est arrêté soit au détroit supérieur, soit dans l'excavation pelvienne.

Au détroit supérieur : l'épaule antérieure bute sur le pubis, et la postérieure sur le promontoire. Au détroit inférieur, les épaules, arrêtées dans l'excava-

tion, ne peuvent effectuer leur rotation interne par suite de la disproportion du diamètre bis-acromial par rapport aux diamètres pelviens. Disproportion encore accrue, au cours du processus de descente pendant la période d'expulsion, par l'allongement du bis-acromial à mesure que les épaules s'abaissent sur les côtés du thorax.

4° Enfin, pour terminer nos examens, nous avons recherché le rapport qui liait le bis-acromial à la taille de l'enfant.

Le tableau ci-joint donne d'un côté les dimensions du bis acromial et de l'autre les tailles respectives de l'enfant :

Dimensions du bis-acromial	Tailles respectives du nouveau-né
0.10.....	0.43 cent,; 0,45.
0.11.....	0.45; 0.40.
0.115.....	0.50.
0.12.....	3 fois 0.42; 0.44; 0.49; 2 fois 0.50; 0.51.
0.125.....	0.49.
0.13.....	0.47; 4 fois 0.48; 2 fois 0.49; 5 fois 0,50 : 3 fois 0,51; 3 fois 0.52; 0.53.
0.135.....	0.49; 0.52.
0.14.....	0.45; 0,46; 0.47; 2 fois 0.48; 2 fois 0.49; 24 fois 0.50; 8 fois 0.51; 3 fois 0,52; 2 fois 0.53.
0.145.....	0.52.
0.15.....	6 fois 0.50; 2 fois 0.51; 3 fois 0,52; 0.54; 2 fois 0.55.
0.16.....	0.49; 0.54.
0.165.....	2 fois 0.53.

Nous trouvons une grande disproportion dans le rapport de ces deux mensurations, pouvant aller jusqu'à des différences de plusieurs centimètres dans les tailles de nouveau-nés ayant le même bis-acromial.

En résumé, des nouveau-nés de taille moyenne et de poids moyen peuvent avoir un bis-acromial équivalent et quelquefois supérieur à celui de nouveau-nés de taille plus grande et de taille plus considérable, mais généralement ces trois grandeurs bis-acromial, poids, taille, varient dans les mêmes proportions.

Cette constatation concorde pleinement avec les remarques faites antérieurement sur le même sujet par M. le Professeur Rouvier.

CHAPITRE III

Des complications de l'arrêt des épaules dans l'excavation pelvienne

L'attrition des voies génitales par la compression des épaules peut déterminer des lésions multiples du vagin, de la vessie et du rectum.

Il en résulte souvent des pertes de substance e la formation de fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales.

Quant à l'enfant, la compression de la cage thoracique et l'arrêt de la circulation funiculaire détermine sa mort par asphyxie.

De plus, dans sa thèse : « De la protection du périnée, pendant le passage du tronc, après la sortie de la tête », Couder établit que la plus grande cause des déchirures du périnée est causée par l'excès du bis-acromial.

A part ces quelques complications, la gravité de l'accouchement pour la mère est généralement minime, quoique Jacquemier accuse 6 morts sur 26 cas — ne pas oublier que sa statistique a été établie à une époque antérieure à la vulgarisation de l'antisepsie — pour l'enfant, le pronostic est assez sombre et c'est la dystocie des épaules qui est la cause principale de la mortalité chez les gros enfants.

CHAPITRE IV

Diagnostic de la dystocie

L'interrogation et l'inspection nous fournissent quelquefois des éléments de probabilité. « Beaucoup de femmes, dit Mauriceau, croient avec raison que les hommes qui ont les épaules larges, engendrent de gros enfants qui leur ressemblent en cela ».

Toutes les fois que, pendant l'évolution de la grossesse, le développement exagéré de l'utérus nous permet de diagnostiquer un gros fœtus, en éliminant les autres causes d'excès de volume de l'utérus (l'hydramnios, les grossesses multiples), il y a de fortes présomptions pour qu'il y ait un excès de bis-acromial.

Dans ce cas, il n'est pas toujours facile d'apprécier par la palpation au travers des parois abdominales, la longueur du diamètre précité et de le mesurer en tenant compte des téguments.

Lorsque la tête fœtale ne progresse plus dans l'excavation, ou dégagée spontanément ou artificiellement, elle reste étroitement appliquée contre la vulve et surtout si la rotation externe de l'ovoïde céphalique

— qui traduit extérieurement la rotation interne amenant le bis-acromial dans le diamètre coccygo sous-pubien — ne se produit pas ; il y aura lieu de soupçonner un excès de bis-acromial, exagérant l'asynclitisme de ce diamètre, que le toucher permettra de vérifier.

CHAPITRE V

Différents traitements préconisés pour la dystocie des épaules

Lorsque les épaules sont enclavées au détroit supérieur, Jacquemier conseille, après dégagement de l'ovoïde céphalique, l'abaissement successif du bras postérieur puis du bras antérieur, de façon à substituer au bis acromial, un sous-diamètre plus petit.

« Mais son manuel opératoire, dit M. le professeur Rouvier, exige l'introduction profonde d'une main dans le canal vaginal ; manœuvre longue à exécuter et extrêmement pénible. Il expose le périnée à des délabrements étendus, sans préserver le fœtus des fractures brachiales et des paralysies des membres supérieurs ».

Quant aux tractions exercées sur la tête pour dégager les épaules, il faut les rejeter, car elles provoquent souvent des lésions mortelles par élongation et hémorragies bulbaires ou dislocation des vertèbres cervicales.

« Mauriceau dit avoir accouché une femme d'un enfant extrêmement gros après qu'une sage-femme et trois assez célèbres chirurgiens s'y fussent lassés inutilement. La sage-femme essaya d'abord de le tirer par la tête qu'il présentait, mais comme il avait

vraisemblablement les épaules fort larges et proportionnées au reste du corps, elle ne put venir à bout de tirer cet enfant qui pour lors était vivant, ainsi qu'il paraissait par les mouvements manifestes de la tête. Le premier chirurgien appelé fit de si violents efforts pour tirer la tête de cet enfant qu'il la sépara entièrement du corps ».

Une autre méthode consiste à glisser un ou deux doigts de chaque main recourbé en crochet par dessous chacune des aisselles et à y exécuter des tractions suffisamment prolongées pour faire avancer et tirer peu à peu les épaules.

Ce procédé très simple, ne peut donner de résultat avantageux qu'avec un bis-acromial légèrement supérieur aux dimensions moyennes. Mais il arrive souvent que malgré l'intensité des tractions les épaules restent enclavées.

Dans ce dernier cas, l'accoucheur à une tendance à exagérer ses efforts. Il se fatigue rapidement et doit bientôt renoncer à cette manœuvre. S'il la prolonge exceptionnellement, il expose alors l'enfant à de graves accidents, car la résultante des forces exercées avec le doigt recourbé en crochet, trop court pour circonscrire entièrement l'aisselle, passe par le centre du creux axillaire et détermine des lésions traumatiques par compression des tissus sous jacents.

D'autres manœuvres ont été conseillées et jusque dans ces dernières années, on employait, en France, dans les cas désespérés, soit l'embryotomie céphalique, soit l'application du basiotribe sur le tronc et même l'éviscération. Dans une thèse inspirée par M. le professeur Pinard, Saint-Martin fait connaître

un nouveau procédé qui consiste à se débarrasser par la décollation de la tête fœtale afin de pouvoir atteindre librement les épaules et les bras du fœtus que l'on amène successivement.

Mais on n'ignore pas qu'aujourd'hui les opérations fœticides sont proscrites par tous les accoucheurs, pour les enfants vivants. Les diverses embryotomies ne sont autorisées que pour le fœtus ayant succombé avant ou durant le travail.

Avant de recourir à des opérations aussi graves, M. Bonnaire dans la thèse qu'il a inspirée à son élève Attaix, préconise pour le dégagement des épaules deux procédés chirurgicaux : la sus-acromiotomie et la cléïdotomie.

La première consiste à sectionner les parties molles situées au-dessus du moignon de l'épaule entre l'acromion et la clavicule d'une part, et le cou du fœtus de l'autre.

Quant à la cléïdotomie, elle fut pratiquée pour la première fois par Frédérico Fornari en nov. 1877, plus tard, par Phœnomenoff en 1894 sur une IVpare de 29 ans, à bassin vicié, au cours de l'extraction d'un fœtus mort qui pesait 5.300 gr.

Malheureusement, ces procédés sanglants exposent les fœtus vivants à des lésions graves et parfois mortelles des vaisseaux sous-claviers et à des blessures plus ou moins sérieuses de la mère par l'instrument qui peut déraper.

En résumé, M. le professeur Rouvier condamne ces différentes interventions comme inefficaces ou dangereuses, ou à la fois difficiles à appliquer et d'exécution trop longue.

CHAPITRE VI

Du crochet axillaire du Professeur Rouvier

C'est ainsi que M. le professeur Rouvier a été amené à faire connaître un nouveau procédé opératoire d'extraction des épaules, après dégagement spontané ou artificiel de la tête, par son crochet axillaire.

Les crochets ont été, de tout temps, employés en obstétrique, pour l'extraction du fœtus : les uns aigus ainsi que les crochets embryotomes de Braun, Smellie, etc., ne peuvent évidemment être utilisés pour l'extraction des fœtus vivants ; les autres mousses offriraient seuls quelque intérêt.

Ces derniers sont fort nombreux. Les plus connus sont ceux de Baudelocque, d'Osiander, J. Clarke, Kilian, Lazarewitch, Wasseige et enfin de Delore.

Les crochets servent à l'extraction du siège enclavé dans l'excavation, en mode des fesses, au moyen de tractions pratiquées sur le pli de l'aine. Ce sont des crochets inguinaux.

Quelques accoucheurs, comme Lizé du Mans, les ont utilisé pour l'extraction des épaules, dans les présentations céphaliques, de fœtus vivants. Malgré quelques succès publiés, ils ont été complètement

abandonnés, parce qu'on leur a attribué des fractures du col de l'humérus, des contusions du plexus brachial, des blessures des organes maternels par l'instrument qui peut déraper. Ces critiques paraissent justifiées, car ces instruments s'accommodent au pli de l'aine, mais aucun ne s'adapte exactement à l'aisselle.

Ce sont ces raisons qui ont déterminé M. le professeur Rouvier à construire un crochet servant uniquement à l'extraction des épaules.

Son crochet axillaire rappelle d'une manière générale le crochet inguinal de Delore dont il se différencie :

1° Par la longueur légèrement atténuée.

2° Par la constitution de son crochet terminal dont la courbure et l'écartement ont été rigoureusement calculés pour s'adapter exactement au creux de l'aisselle.

Nous ne saurions décrire les différentes recherches exposées par son auteur, dans un mémoire spécial, qui ont conduit à la construction de ce crochet.

Cet instrument permet d'exercer sans nul danger pour le nouveau-né, des tractions régulières et suffisamment prolongées sur les aisselles et d'obtenir l'abaissement maximum d'une épaule, pour diminuer par asynclitisme, la longueur du bis-acromial.

Les excellents résultats obtenus par l'emploi du crochet et consignés dans nos observations confirment les espérances que faisaient entrevoir les expériences de laboratoire pratiquées sur le mannequin de Budin-Pinard.

CHAPITRE VII

Manuel opératoire dans l'emploi dn crochet axillaire

Après avoir donné la description d'un premier manuel opératoire, M. le professeur Rouvier a été amené, par les résultats de l'expérience clinique à le modifier légèrement et à le perfectionner.

Il me paraît donc utile, avant de donner la description du procédé actuellement en usage dans son service de la Maternité, qu'il nous a fait connaître dans son enseignement clinique, de reproduire son premier manuel opératoire exposé avec tant de clarté et de concision dans son mémoire de 1909.

« Le manuel opératoire, pour l'extraction des épaules arrêtées vers le détroit inférieur comporte six temps principaux :

« 1° Introduction du crochet axillaire, sur le plan dorsal du fœtus.

« 2° Sa mise en place dans l'aisselle antérieure.

« 3° Dégagement de l'épaule antérieure.

« 4° Retrait du crochet et réintroduction sur le plan sternal du fœtus.

« 5° Saisie de l'aisselle postérieure.

« 6e Dégagement de l'épaule postérieure.

Après nous avoir donné les raisons qui avaient motivé le dégagement de l'épaule antérieure avant celui de l'épaule postérieure, M. le professeur Rouvier passe à la description du manuel opératoire :

« 1° Avant toute manœuvre, l'accoucheur vérifie l'absence de circulaire du cordon autour du cou fœtal, et la direction précise du diamètre bis-acromial.

« Un aide saisit la tête fœtale, la redresse, et l'incline latéralement sur la cuisse de nom opposé à la position primitive.

« L'opérateur saisit, de la main homonyme de l'épaule antérieure fœtale, la poignée du crochet axillaire, de manière que son extrémité terminale, regardant en haut, soit comprise dans un plan vertical passant par l'axe de l'instrument, et que la partie libre soit en face de lui. Après avoir enduit l'instrument de vaseline stérilisée, il l'introduit jusqu'à mi-hauteur, en faisant glisser le crochet terminal, à plat, obliquement de bas en haut, sur le plan dorsal du fœtus.

« Par un léger mouvement de rotation, imprimé à la poignée, l'accoucheur transforme en latérales les faces supérieure et antérieure, tournant la face supérieure, du même côté que le plan antérieur du fœtus. A l'autre extrémité, cette rotation assure l'adaptation constante du crochet sur les téguments fœtaux sur lesquels il glisse sur une de ses faces latérales.

« L'opérateur décrit alors avec la poignée, en prenant pour point d'appui de ce levier du premier

genre, la partie moyenne en rapport avec l'arcade pubienne, un arc de circonférence, à concavité supérieure, qui rappelle, mais en sens inverse, le mouvement de spire de Mme La Chapelle, dans l'application du forceps. Puis il la ramène de bas en haut, et de dedans en dehors, contre la cuisse de la parturiente, que regarde le dos fœtal, au niveau de la face antérieure de la symphyse pubienne. Cette manœuvre fait pénétrer le crochet entre la paroi latérale du thorax et le bras antérieur du fœtus, et le dirige vers l'aisselle antérieure.

« 2° Pour effectuer la mise en place du crochet, dans l'aisselle antérieure, l'accoucheur porte la poignée en abduction forcée, puis la retire graduellement, et l'élève lentement, le crochet glisse de lui-même au lieu d'élection. Reste avant de procéder aux tractions, à vérifier prudemment que la prise est à la fois solide et inoffensive pour les tissus fœtaux et maternels. Dans ce but, après avoir ramené l'ovoïde céphalique en bas et du côté opposé à celui qu'il avait occupé jusqu'alors, on introduit, face palmaire contre le plan sternal du fœtus, la main antonyme de l'épaule fœtale antérieure « épaule droite, main gauche, à droite (de la femme) », « épaule gauche, main droite, à gauche ». On s'assure ainsi que l'extrémité olivaire du crochet déborde en avant le muscle grand pectoral, et le refoule pour protéger les parties profondes.

« 3° La tête fœtale est abandonnée à son propre poids en avant de la commissure postérieure de la vulve, ou modérément soutenue par l'aide, laissant ainsi à découvert la partie supérieure de l'arcade pu-

bienne. La poignée du crochet axillaire est abaissée, dans une direction oblique de haut en bas, et parallèle à la cuisse avec laquelle elle était en rapport. Les tractions régulières, dans le sens de l'axe de l'instrument, dégagent complètement l'épaule antérieure ; et, en général, lui font exécuter spontanément la rotation du 5e temps, quand elle n'était pas déjà effectuée, de manière à placer le bis-acromial dans la direction du coccygo-pubien.

« 4° L'obstacle principal au dégagement des épaules est surmonté. Ce premier succès est insuffisant. Il faut le compléter en dégageant l'épaule postérieure. L'ovoïde cormique suivra sans difficulté.

« Le retrait du crochet axillaire s'effectue aisément par une manœuvre inverse de celle adoptée pour la saisie de l'épaule antérieure.

« L'aide relève la tête fœtale du côté de la symphyse pubienne, pour laisser à découvert la partie inférieur de l'orifice vulvaire. L'opérateur saisit alors la poignée du crochet, avec la main droite. Il introduit jusqu'à mi-hauteur l'instrument, tenu horizontalement, et avec l'extrémité olivaire regardant en bas. Il le fait glisser d'abord sur le plan sternal du fœtus, dans les OID et sur le plan dorsal dans les OIG, puis sur le plan latéral inférieur, en ayant soin, grâce à un mouvement de rotation de la poignée, de maintenir les rapports de la face latérale du crochet terminal avec les téguments fœtaux. Décrivant avec la poignée un arc de circonférence, à concavité inférieure, en prenant pour point d'appui de l'instrument la branche descendante du pubis au niveau de la partie moyenne de l'orifice vulvaire, on relève cette

poignée graduellement en haut et en dehors, presque perpendiculairement à la cuisse correspondante. Cette manœuvre fait glisser le crochet entre la paroi latérale du thorax et le bras postérieur du fœtus, dans la direction de l'aisselle postérieure.

« 5· Pour obtenir la saisie convenable de l'aisselle postérieure, la poignée, en abduction forcée, est dirigée obliquement de haut en bas, et de dehors en dedans, tandis qu'on retire lentement l'instrument. Le crochet se place de lui-même dans l'aisselle. La main gauche vérifie si la prise est régulière, et si l'extrémité olivaire du crochet déborde suffisamment la paroi de l'aisselle qui est en rapport avec la paroi droite du vagin, de manière à assurer la fixité et l'innocuité de l'instrument.

« 6· L'épaule postérieure est dégagée par des tractions exercées en sens inverse de celles effectuées sur l'épaule antérieure. La tete du fœtus est relevée sur cette épaule. La poignée de l'instrument portée obliquement en haut, opère des tractions régulières de bas en haut et d'arrière en avant. Le diamètre bis-acromial se dégage comme dans le travail physiologique. Son extrémité postérieure décrit un arc de circonférence autour du sommet de l'arcade pubienne comme centre. L'épaule se dégage en refoulant la commissure postérieure.

« Pour achever l'extraction de l'ovoïde cormique, l'opérateur retire le crochet axillaire, saisit à pleines mains, avec ou sans compresse interposée, les épaules fœtales, et continue l'évolution cormique, en conservant le sommet de l'arcuatum comme point d'appui. La sortie du tronc s'effectue sans entrave.

Le plus souvent, elle se réalise spontanément, aussitôt après le dégagement des épaules.

« Telle est,en peu de mots,la manœuvre du crochet axillaire, pour dégager les épaules arrêtées dans l'excavation pelvienne, après la sortie de l'ovoïde céphalique. »

C'est en se basant sur les recherches de Paul Dubois, Jacquemier,Tarnier, Bonnaire, etc., que M. le Professeur Rouvier avait préconisé le dégagement artificiel de l'épaule antérieure avant celui de l'épaule postérieure.

Toutefois, cette règle n'était pas absolue, car l'auteur, dans un premier mémoire, faisait déjà les réserves suivantes : « Quand l'épaule postérieure est beaucoup plus basse que l'antérieure, la saisie de cette dernière par le crochet, devenant très difficile à réaliser, mieux vaut alors lui substituer l'épaule postérieure ».

Depuis, les résultats de l'expérience clinique qu'il a consignés dans une communication inédite — mise obligeamment à notre disposition — lui ont montré que c'est toujours l'épaule postérieure plus basse qui est seule accessible au crochet, l'antérieure étant trop élevée et cachée derrière la symphyse pubienne. Cela tient, enseigne M. Rouvier, aux raisons suivantes : « Dans les cas d'excès anatomique ou fonctionnel de longueur du bis-acromial, régis par l'accommodation, l'engagement et la descente s'effectuent obligatoirement en asynclitisme, non point comme dans le travail normal, suivant un oblique d'arrière en avant (promonto-sous-pubien) l'épaule antérieure étant la

plus basse, mais suivant un oblique d'avant en arrière (sus symphyso sacré) plus propre à faciliter l'exécution du 6e temps : dégagement de l'ovoïde cormique.

« Me basant sur les données de l'expérience, je me crois suffisamment autorisé à conclure :

« 1° L'excès de longueur du diamètre bis-acromial est à redouter, toutes les fois qu'après dégagement de l'ovoïde céphalique, dans les présentations du sommet, on constate avec un arrêt du processus d'expulsion fœtale, que l'épaule la plus basse est l'épaule postérieure.

« 2° L'application du crochet axillaire sera faite, en premier lieu, dans l'aisselle postérieure, et, après son dégagement, dans l'aisselle antérieure ».

Le manuel opératoire modifié, suivant les indications de son auteur, actuellement employé à la Maternité d'Alger, se compose toujours de six temps :

1° Introduction du crochet axillaire, sur le plan du fœtus orienté du côté gauche de la mère.

2° Sa mise en place dans l'aisselle postérieure.

3° Dégagement de l'épaule postérieure.

En réalité après ce troisième temps, l'application du crochet sur l'épaule antérieure est, le plus souvent inutile ; celle-ci se dégage facilement, et l'extraction du fœtus se fait rapidement dans la plupart des cas.

Les trois derniers temps du manuel opératoire ne seront donc utilisés que si l'épaule antérieure demeure enclavée.

4· Retrait du crochet et réintroduction sur le même plan du fœtus.

5· Saisie de l'épaule antérieure.

6· Dégagement de l'épaule antérieure.

Pour faciliter la description de ce nouveau manuel opératoire, nous allons supposer une position en O I G A, la tête dégagée artificiellement ou par le forceps, les épaules enclavées suivent le diamètre oblique droit de la mère.

1· Temps. — Mêmes précautions qu'au début du premier manuel. L'instrument est introduit jusqu'à mi-hauteur, *l'extrémité olivaire regardant en bas*, sur le plan dorsal du fœtus.

Grâce à un mouvement de rotation de la poignée, nous faisons glisser le crochet sur le plan latéral inférieur puis entre la paroi latérale du thorax et le bras postérieur.

2· Pour porter le crochet dans l'aisselle postérieure, nous mettons la poignée en abduction forcée et nous retirons lentement l'instrument en décrivant avec la poignée un arc de cercle à concavité inférieure.

La main gauche vérifie si la prise est régulière et si l'extrémité olivaire du crochet déborde les masses pectorales. L'axe de l'instrument est alors sensiblement parallèle au fémur gauche de la parturiente, placée en position obstétricale.

Sa direction est oblique de haut en bas, et de dehors en dedans (voir 5· temps, page 36).

3· Nous dégageons alors l'épaule postérieure par des tractions exercées de bas en haut, et d'arrière en avant, comme dans le 6· temps (page 36) du premier manuel opératoire.

4· Nous introduisons de nouveau le crochet sur le plan dorsal du fœtus, l'extrémité olivaire regardant en haut et nous faisons glisser la face latérale du crochet sur le plan latéral supérieur par un mouvement de rotation de la poignée.

Nous insinuons ensuite le crochet entre la paroi latérale supérieure et le bras supérieur en décrivant un arc de cercle à concavité supérieure. En somme, c'est le premier temps (page 33) décrit ci-dessus.

Pour placer le crochet dans l'aisselle antérieure, nous portons la poignée en abduction forcée et nous retirons graduellement et lentement l'instrument.

Nous vérifions avec la main gauche si la prise est régulière (voir 2· temps de la page 34),

6· Nous dégageons l'épaule antérieure par des tractions de haut en bas (voir 3· temps de la page 34).

L'accouchement est alors terminé : l'ovoïde cormique sort sans difficulté.

C'est suivant ce procédé opératoire que M. le professeur Rouvier, dans son mémoire sur le crochet, a pu extraire facilement deux fœtus : l'un vivant du poids de 3.500 gr. ; le second, mort avant la dilatation complète du col, du poids de 3.550 gr. Dans ce dernier cas, le promontoire était accessible et le promonto-pubien minimum mesurait 0,083 $^{m}/^{m}$.

Depuis cette époque cette méthode a été appliquée

avec succès, soit en ville, dans la clientèle privée ; soit à la Maternité d'Alger, comme le prouvent les observations inédites ci-jointes (nos III à X).

On remarquera que son exécution est si facile que, dans plusieurs cas — observations numéros IV, VI, IX, X — l'application a été réalisée avec succès par les élèves sage-femmes de garde.

OBSERVATION I

Bassin limité chez une jeune primipare ; enclavement des épaules après une application de forceps. — Extraction d'un fœtus vivant de 4.500 gr. avec le crochet axillaire.

(Recueillie par M. Laffont, interne).

La nommée L., âgée de 18 ans, primipare, sans antécédents particuliers, admise à la maternité de l'hôpital de Mustapha, le 1er février 1910 entre au pavillon de travail (n° 1560) le 25 février à 2 h. 45 du matin. Un examen obstétrical antérieur nous avait montré que nous avions affaire à un bassin du type masculin, avec D. Baudelocque, 19,5 ; D. bis-épineux, 20,5 ; D. bi-crêtal 24,5; D. bi-ischiatique, 10,5. Le losange obstétrical a pour dimensions : diag. vert., 6 plus 9 égal 15 ; diag. horiz., 6 plus 6 égal 12 et est de forme régulière.

Elle est en travail depuis la veille au soir et à son arrivée au pavillon d'accouchement, la dilatation atteint les dimensions d'une pièce de cinq francs. Le travail progresse rapidement et à 4 h.30 du matin, la poche des eaux est rompue et la dilatation est complète. Cependant, à partir de ce moment et malgré de bonnes douleurs, le travail n'avance plus; la tête fixée en O I G P, dans l'excavation, semble de pas vouloir effectuer sa rotation. Les bruits du cœur étant bien frappés, la mère continuant à avoir de bonnes douleurs, on attend l'arrivée de l'interne du service qui constate à 8 heures une tête toujours fixée en O I G P, sans tendance aucune à effectuer sa rotation, malgré de fortes douleurs; le cœur du fœtus bat à 120. Les ordres sont immédiatement donnés pour que tout soit préparé en vue d'une application de forceps. Lorsque M. le professeur

Rouvier voit la parturiente, à 3 h. 15, le travail a légèrement progressé; la tête en O I G T avec tendance à se placer en O I G A. Sans attendre davantage, et pour éviter des surprises possibles du côté de l'enfant, M. Rouvier décide une application immédiate de forceps.

Aidé de M. Solacroup, il procède à cette application et essaie d'obtenir une rotation complète en transformant l'orientation O I G T en O P.

Une première application amène la tête en O I G A. Reconnaissant que le principal obstacle à la terminaison de la rotation en O P, et à l'extraction céphalique résulte d'une saisie trop voisine du diamètre O F, le professeur Rouvier retire le forceps, pour faire une application en F. Mast. Dans l'intervalle, la tête revient spontanément dans sa position primitive. La nouvelle tentative aboutit à l'extraction de la tête, *qui, après désarticulation du forceps, s'oriente définitivement en O I G P.*

Cette tête volumineuse et cyanosée, offre la déformation en pain de sucre, caractéristique des positions O. Post. Elle appartient certainement à un fœtus de volume supérieur à la moyenne. L'attention est ainsi immédiatement appelée sur l'excès probable de la longueur du diamètre bi-acromial, qui, dans un bassin relativement rétréci dans tous ses diamètres, a entravé la rotation interne de ce bi-acromial. Cette hypothèse qui explique l'orientation de l'ovoïde céphalique, après dégagement, en O I G P, est confirmée par le toucher vaginal. Autre complication: le cordon décrit un circulaire en écharpe, passant sur l'épaule gauche. Le cordon est immédiatement sectionné entre deux pinces et M. Rouvier recourt à l'extraction de l'ovoïde cormique, à l'aide de son crochet axillaire.

L'opération est pratiquée classiquement suivent les indications consignées par l'opérateur dans son mémoire, sur ce sujet. Une première tentative pour placer le crochet dans l'aisselle droite échoue par suite de la situation de l'épaule

fœtale droite (*l'antérieure*) plus élevée que l'épaule gauche (*la postérieure*).

Le crochet est placé sans difficulté dans l'aisselle gauche.

L'index gauche vérifie la régularité de la prise et le bout olivaire du crochet est placé en avant du moignon de l'épaule gauche pendant que la concavité répond au creux axillaire.

Une traction modérée, dirigée en haut en avant et un peu en dehors dégage lentement l'épaule postérieure de l'oblique gauche. A ce moment, on entend un léger craquement au niveau de l'épaule antérieure qui apparaît bientôt à la vulve; les bras sont dégagés et le fœtus, du poids total de 4 k. 500. est extrait vivant. Le placenta expulsé pèse 900 gr. Le périnée a une déchirure incomplète qui est immédiatement réparée.

Nous avons examiné cet enfant, 24 heures après sa naissance: son état de santé est parfait; le moignon de l'épaule ne présente aucune contusion; seul, le rebord de l'angle inférieur de l'omoplate présente une petite ecchymose à peine visible, à l'endroit même de la première application du crochet.

Mère et enfant sont sortis en excellent état de la maternité, le dix mars 1910.

OBSERVATION II

Primipare de 39 ans, à bassin vicié ; application de forceps sur un fœtus mort ; enclavement des épaules ; extraction facile par le crochet axillaire d'un fœtus de 3.550 gr.)

(Recueillie par M. Laffont, Interne de la clinique obstétricale).

La nommée M... A..., âgée de 39 ans, primipare, ne présentant aucun antécédent particulier, admise d'urgence à la Maternité (n° 1655), entre directement à la salle de travail le 28 avril dernier, à 9 h. du soir. Cette femme qui a eu ses dernières règles dans la deuxième quinzaine du mois de juillet, est en travail depuis le 26 avril, à 7 h. du soir. Le col est à peu près complètement effacé mais la dilatation n'atteint pas les dimensions d'une pièce d'un franc; la poche des eaux est rompue depuis 48 heures. La tête en O I G A est fortement fixée au détroit supérieur; l'engagement n'est pas complet. L'examen du bassin montre une légère anté-version accompagnée d'une légère dextro-version. Le fœtus va bien, la mère a un bon pouls et ne semble pas fatiguée; on abandonne le travail à lui-même.

Les douleurs, rapprochées, se continuent pendant toute la nuit, et le lendemain, dans la matinée, la dilatation dépasse les dimensions d'une pièce de deux francs. On donne de la quinine à la parturiente et l'on attend encore.

Vers trois heures de l'après-midi, la dilatation atteint cinq francs, le fœtus va toujours bien, mais l'engagement ne progresse pas et le pouls de la mère bat maintenant régulièrement à 98. La parturiente fatiguée ne pousse plus, les douleurs

deviennent inefficaces et nous décidons d'en finir par une application de forceps.

La femme est endormie au chloroforme malgré un léger souffle mitral et nous terminons la dilatation commencée par le procédé bi-manuel de Bonnaire.

Au moment où la dilatation va être achevée un grave accident chloroformique se produit: la femme cyanosée, asphyxie et les soins habituels en pareil cas lui sont donnés et la ranimement : malheureusement, les bruits du cœur fœtal sont supprimés. Nous terminons hâtivement la dilatation et nous appliquons le forceps obliquement sur la tête remontée en transverse, au-dessus du détroit supérieur: la prise faite en fronto-mastoïdienne dans l'oblique droit permet d'extraire assez rapidement la tête en occipito-pubienne.

Le forceps désarticulé, une nouvelle difficulté se produit : le bis-acromial qui a effectué sa rotation s'est placé dans le diamètre coccygo-pubien, il est enclavé dans l'excavation et les tractions prudentes exercées sur la tête ne suffisent pas pour terminer l'accouchement. Tentatives infructueuses pour placer un doigt en crochet dans l'aisselle antérieure; l'aisselle postérieure, plus accessible, est accrochée sans résultat et nous sentons que le volume des épaules, augmenté du volume de notre main, va menacer le périnée étroit et inextensible de cette primipare âgée; aussi, sans insister davantage, avons-nous recours au crochet axillaire de M. le professeur Rouvier.

Suivant le manuel opératoire prescrit, la tête fœtale est redressée et inclinée latéralement sur la cuisse opposée à la position primitive, c'est-à-dire sur la cuisse droite. Le crochet est introduit pour pénétrer entre la paroi latérale du thorax et le bras antérieur du fœtus pour atteindre l'aisselle. Cette manœuvre échoue complètement, l'épaule antérieure est encore inaccessible, cachée en arrière et au-dessus de la symphyse pubienne; suivant le conseil de M. Rouvier, nous dirigeons alors notre crochet vers l'épaule postérieure qui est la plus engagée.

Nous réussissons à accrocher l'aisselle; avec notre index gauche nous vérifions la régularité de la prise et nous constatons que l'extrémité olivaire déborde bien en avant de la paroi antérieure de l'aisselle.

Nous dégageons lentement l'épaule postérieure de bas en haut et d'arrière en avant qui vient désormais facilement. L'épaule postérieure dégagée, nous extrayons le bras postérieur, pendant que l'épaule antérieure s'engage; à partir de ce moment l'extraction se fait rapidement et le fœtus sans aucune lésion cependant, arrive en état de mort apparente: le cœur bat encore, mais très faiblement, très lentement et tous les soins prodigués demeurent inutiles.

Ce fœtus, du poids de 3 kil. 550 dont le biparietal mesure 9 cent., malgré un bi-acrominal non réduit de 15 cent. dans un bassin dont le promontoire était accessible (P. P. M. égal 83 mill. n'a pas eu la moindre lésion. S'il n'y avait pas eu la syncope chloroformique de la mère nous aurions eu un enfant vivant. extrait dans d'excellentes conditions malgré un enclavement très grave.

De cette observation nous avons gardé l'impression qu'en nous servant du crochet axillaire nous avons évité de graves traumatismes chez le fœtus et une déchirure périnéale chez la mère.

OBSERVATION III

Primipare accouchant en O. I. D. P. — Application de forceps. — Extraction du tronc par le crochet axillaire. — Survie du fœtus.

La nommée Rose S.., épouse R., ménagère, primipare, âgée de 23 ans entre le 10 novembre 1910, à 6 h. 30 du matin, à la Maternité d'Alger (Série II, n° 4). Comme elle est en travail depuis 2 jours, elle est immédiatement dirigée sur la salle d'accouchement.

Ant. hérédit. — Père mort des suites d'hémorrhagie cérébrale; mère en bonne santé.

Ant. personnels: — A marché à un an, et toujours bien marché; réglée à 12 ans, menstruation très régulière. Fièvre typhoïde à 10 ans.

Mariage à 21 ans. Les dernières règles ont eu lieu du 10 au 15 février 1910. La grossesse est à terme. Les urines examinées ne renferment pas d'albumine.

Au toucher, on constate une dilatation complète du col. La rupture de la poche des eaux s'est effectuée; et la tête fœtale, engagée dans l'excavation, présente la fontanelle postérieure en arrière et à droite. Il s'agit d'une O I D P.

Les douleurs sont espacées, le travail languit parce que la tête défléchie n'exécute pas le troisième temps de rotation interne. Les bruits du cœur fœtal sont bons.

Grâce à la manœuvre de Tarnier, la position est transformée en O I D A. L'écoulement du liquide amniotique, teinté en vert par du méconium, et les bruits précipités du cœur fœtal traduisent l'état de souffrance du fœtus. On décide de l'extraire sans tarder, à l'aide du forceps.

La prise est faite en fronto-mastoïdienne: l'application de l'instrument est directe quant au bassin. La tête est dégagée, mais les épaules sont retenues dans l'excavation: la postérieure étant la plus basse. A l'aide du crochet axillaire, appliqué sur l'aisselle droite, — l'aisselle gauche (antérieure), relevée au-dessus de la symphyse pubienne étant inaccessible, — on dégage l'épaule postérieure. L'extraction fœtale est alors réalisée sans difficulté.

Le fœtus, du sexe féminin, né étonné, ne tarde pas à être ranimé. Il mesure 0,50 c., et pèse 3 kil. 250 gr. Ses diamètres sont :

OF. 12 cent. 5; SsOF 0,105 mm.; OM, 0,13 c.; SsOB, 0,095 mm.; SsMB, 0,115 mm.; Bi-P., 0,095 mm.; Bi-T., 0,08 c.; Grande circonf. 0,34 c.; petite circonf. 0,30 c.; Bi-acromial non réduit 0,14 cent. ; réduit 0,13 c.

On pratique presque aussitôt la délivrance artificielle. Le placenta, de forme ronde, pèse 750 gr., et n'offre aucune particularité. Les membranes intactes, mesurent : grand lambeau, 0,24 c.; petit lambeau 0,13 c. Le cordon, long de 0,48 c., et du volume du petit doigt, a une insertion latérale.

Après la délivrance, injection intra-utérine à l'essence de térébenthine (formule de Fabre), et injection hypodermique de 0,01 cc. d'ergotine par crainte d'inertie utérine.

Trois heures plus tard, à midi, la malade est prise de frissons et de sueurs, le pouls est petit et rapide, l'utérus est volumineux. Il dépasse l'ombilic de 4 travers de doigts. Le curage manuel ramène 350 gr. environ de caillots volumineux. Injection intra-utérine; caféine, 0,01 cc. d'ergotine; 500 gr. de sérum artificiel.

Les suites de couches ont été physiologiques. Cette femme a quitté le service le 20 novembre , en excellent état, onze jours après sa délivrance. Son nourrisson, très vigoureux, pesait plus de 3.500 gr.

Malheureusement les mensurations pelviennes n'avaient pas été faites.

OBSERVATION IV

Secondipare de 21 ans. — Enclavement des épaules par excès du diamètre bis-acromial. — Extraction d'un fœtus de 4 kilos par le crochet axillaire.

(Observation rédigée par M. Laquière, interne de la Maternité d'Alger).

R. A., épouse P. S., ménagère, secondipare, âgée de 21 ans, entre à la Maternité d'Alger (numéro 64, Série II), le 4 février 1911. Sa grossesse est parvenue à la seconde quinzaine du huitième mois.

Antéc. hérédit. Néant.

Antécédents personnels. A toujours bien marché depuis l'âge de 3 ans. Réglée à 12 ans. Menstruation très régulière. Mariage à 18 ans. A accouché dans le service en août 1909 : accouchement eutocique en présentation du sommet. Dernières règles vers la fin du mois de mai.

Mictions fréquentes durant la nuit (3 fois), sans albuminurie ni altération rénales.

Taille 1 m. 49. Losange obstérical normal : diag. vertic. 5,5 plus 6,5 égal 12 cent.; diag. horizont. 5,5 plus 5,5 égal 11 cent. Diamètres externes du bassin : dia. de Baudelocque, 0,192 m.; dia. bis-épineux antéro supér. 0,22 c. ; dia. bicrétal, 0,27 c.; dia. bi-ischiatique 0,09 c. Le promontoire est inaccessible.

Le travail débute le 9 mars 1911, à 9 h. 1/2 du soir. La parturiente entre à la salle de travail, le 10 mars à 1 h. 30, avec une dilatation de 2 fr. Le fœtus est en O I G P. La poche des eaux prématurée s'était effectuée le 9 mars à 8 h. du soir

A 5 h. 30 du matin, le 10, la dilatation est complète. La tête fœtale se dégage en occip. pub. à 6 h. 30. Puis, les épaules

restent retenues dans l'excavation. Soupçonnant que l'arrêt du travail est dû à un excès de longueur du bi-acromial, Mlle Cassagne, élève sage-femme de garde, recourt au crochet axillaire du Professeur Rouvier. Elle tente inutilement une application sur l'épaule antérieure. Elle saisit par contre facilement l'aisselle postérieure, et extrait un fœtus, du sexe féminin, du poids de 4 k. et d'une taille de 0,53 cent. L'enfant né en état d'asphyxie violette, est ranimé au bout de quelques instants.

Ses diamètres sont OF, 0,12 c.; SsOF, 0,11 c.; OM, 0,13 c.; SsOB, 0,105 mm.; SsMB, 0,10 c.; Bi P., 0,098 mm.; bi T., 0,085 mm. Grande circonférence, 0,36 c.; petite circonférence 0,33 c.

Le dia. bi-acromial non réduit est de 16 cent. et demi; le réduit est de 0,14 cent.

L'expulsion du placenta s'effectue à 7 hs 10' du m.. Il est discoïde, sans altération, et pèse 600 gr. Les membranes mesurent: grand lambeau, 0,29 c.; petit lambeau, 0,12 cent. Le cordon, long de 0,58 cent. est de la grosseur du médius, et s'insère au centre du placenta.

Les couches ont été physiologiques. Mère et enfant ont quitté le service en excellent état, 10 jours après l'accouchement.

Examiné à différentes reprises, durant cette période, le *nouveau-né* n'a jamais présenté aucune trace de traumatisme du côté de l'aisselle saisie par le forceps, ni du côté du membre supérieure gauche. A sa sortie, il pesait 4 k. 220 gr.

OBSERVATION V

Primipare de 17 ans. — Forceps pour lenteur du travail. — Triple circulaire cervical du cordon. — Extraction d'un fœtus de 3.030 gr. par le crochet axillaire. — Survie du nouveau-né.

(Observation rédigée par M. Laquière, Interne de la Maternité d'Alger).

La nommée L. P..., primipare, célibataire, âgée de 17 ans, entre directement (numéro 110, série II), au Pavillon de travail de la Maternité d'Alger.

Antecéd. hérédit. — Père et mère vivants; ont eu 10 enfants, dont 8 sont en vie.

Antéc. personnels. — A toujours bien marché depuis l'âge de 14 mois. Réglée à 13 ans. Menstruation très régulière. Rougeole à 2 ans.

Elle ignore la date de ses dernières règles, mais présente tous les symptômes d'une grossesse à terme. Elle n'a pas d'albuminurie.

Sa taille totale est de 1 m. 50 c.; la longueur du tronc est de 0,80 c. Le bassin bien conformé donne les diamètres suivants : D. de Baudelocque, 0,20 c.; D. bisépineux ant. supér., 0,23 c.; D. bicrétal, 0,265 mm.; D. bi-ischiatique, 0,105 mm. Le losange obstétrical est bien régulier et a pour diagonales : d. verticale, 6 plus 9 égal 15; diag. horizontale, 5 plus 5 égal 10 c.

Les bruits du cœur fœtal sont nettement perçus et normaux La tête est engagée en O I G P.

Pendant toute la journée du 25, le travail progresse lentement.

A 10 h. du soir, la dilatation est encore inférieure à une petite paume de main; la poche des eaux bombe fortement à travers l'orifice utérin. Les bruits du cœur, assourdis et précipités, traduisent l'état de souffrance du fœtus, M. Laquière, interne du service, rompt artificiellement les membranes. Ecoulement de liquide amniotique teinté de méconium. Cathétérisme vésical. Dilatation bimanuelle de Bonnaire.

A 11 h. du soir, l'expulsion fœtale ne se produisant pas par suite d'inertie utérine, application de forceps, directe quant au bassin, sur une tête en O I G A. Dégagement sans difficulté de l'ovoïde céphalique en O P. Un triple circulaire cervical du cordon est sectionné entre deux pinces.

Le dégagement de l'ovoïde cormique ne se faisant pas, M. Laquière, fait une double application du crochet axillaire du Professeur Rouvier. Après une tentative infructueuse sur l'épaule antérieure, il saisit et dégage facilement l'épaule postérieure. L'expulsion complète est rapidement terminée à minuit 1/4, le 26 mars. La délivrance s'effectue cinq minutes après.

Le fœtus, du sexe féminin, naît en état d'asphyxie violette, mais ne tarde pas à être ranimé. Il pèse 3.030 gr.. Sa taille est de 0,50 c.

Les diamètres de la tête sont : O F, 0,10 c.; Ss O F, 0,095 mm.; O M, 0,11 c.; Ss M B, 0,09 c.; Ss O B, 0,08 c.; bi P., 0,09 c.; bi T., 0,075 mm. Grande circonférence, 0,29 c.; petite circonférence, 0,27 c.

Le Dia. bi-acromial non réduit est de 0,145; le réduit est de 0,125 mm.

Le placenta, de forme discoïde, pèse 520 gr. Les membranes mesurent : grand lambeau, 0,30 c.; petit lambeau, 0,07 c., l'insertion placentaire était donc légèrement praevia. La tige funiculaire, de l'épaisseur du médius, avait 0,76 c. de long.

L'examen répété, soit immédiatement après la naissance, soit durant la première semaine des couches, n'a fait découvrir aucune trace de lésion traumatique sur l'épaule gauche, sur laquelle a été appliqué le crochet axillaire. Articulation scapulo humérale et membre supérieur correspondant ont toujours fonctionné normalement.

Mère et enfant ont quitté la clinique obstétricale, le 5 avril 1911, en excellent état.

OBSERVATION VI

O.I.G.T., placenta praevia latéral, circulaire cervico-axillaire en huit de chiffre, extraction par le crochet axillaire d'un fœtus de 4.350 gr.

Le 4 avril 1911 à 8 h. 1/2 du soir, entre à la salle de travail de la clinique obstétricale d'Alger (série II, numéro 135), la nommée Marie P..., épouse C..., multipare de V, âgée de 30 ans, envoyée par une sage-femme de la ville.

Ant. hérédit. — Père décédé depuis 8 ans, mère vivante et bien portante.

Ant. personnels. — A marché à 14 mois, et toujours bien marché. Réglée à 16 ans,mentruation très régulière. Rougeole à 7 ans.

Mariage à 22 ans. Quatre grossesses à terme terminées par des accouchements eutociques (sommet). 1 avortement de 3 mois et demi. Dernières règles du 6 au 9 juin 1910 : grossesse à terme.

Le travail a commencé le 3 avril à 2 heures du matin. La rupture de la poche des eaux, précoce est survenue à 8 h. et demie du soir, avant la dilatation complète terminée à 10 h. et demie du soir.

La présentation restant très élevée, et le travail ne progressant pas, durant toute la journée du 4 et, redoutant un cas de dystocie, l'accoucheuse conseilla le transfert de la femme C. à la Maternité.

A son arrivée, 48 h. après le début du travail, et 24 h. après la rupture de la poche des eaux, on constate, par le toucher, que la tête très haute est légèrement défléchie, au dessus du détroit supérieur. Elle présente une bosse séro-sanguine, et est en O I G T. La dilatation est d'une paume de main.

Après 3/4 d'heure d'attente, la dilatation demeurant stationnaire, et le fœtus offrant des signes de souffrance : expulsion du méconium, bruits du cœur affaiblis, l'interne de garde pratique la dilatation bimanuelle de Bonnaire. Il fait ensuite une tentative infructueuse d'application de forceps, introduit la branche postérieure, mais ne réussit pas à placer convenablement la branche antérieure.

Pendant qu'il consulte par téléphone le Professeur Rouvier, qui donne l'ordre d'appeler le chef de clinique obstétricale, Dr. Benhamou, les contractions utérines se rapprochent et augmentent d'intensité; la tête descend graduellement dans l'excavation, mais sans exécuter de rotation interne. Elle se dégage à la vulve, dans la même position O I G T, en état de déflexion légère.

Il existe une circulaire cervico-axillaire en huit de chiffre. Le cordon est sectionné entre deux pinces à pression.

Le travail s'arrête : les épaules étant enclavées dans l'excation. Après avoir vainement tenté de ramener le bi-acromial dans la direction du diamètre coccigo-sous-pubien, Mlle Reumaux, sage-femme de garde, fait application du crochet axillaire. L'épaule antérieure **trop** relevée, est inaccessible : l'aisselle postérieure est saisie et dégagée sans difficulté. L'expulsion de l'ovoïde cormique se termine rapidement.

Le fœtus du sexe masculin, pèse 4.350 gr. Il naît étonné Au bout d'une heure de soins assidus: respiration artificielle, bains chauds et froids alternés, frictions à l'alcool, tractions rythmées de la langue, etc, il paraît complètement ranimé.

Ses diamètres sont les suivants : OF, 0,125 mm.; Ss OF, 0,12 c.; OM, 0,13 c.; Ss OB, 0,11 c.; Ss MB, 0,105 mm.; Bi P., 0,105 mm.; Bi T, 0,083 mm. Grande circonférence, 0,56 c.; petite circonfér., 0,365 mm.

Longueur, 0,56 c. ; bi-acromial non réduit,0,15 c.; réduit, 0,135 mm.

A minuit 50, le placenta est expulsé. Il pèse 710 gr., et est de forme discoïde. Latéralement s'insère le cordon, de la grosseur du petit doigt, et long de 0,58 c. Les membranes mesurant: grand lambeau, 0,37 c.; petit lambeau 0,04 cent.; l'insertion du placenta était donc praevia latérale.

Immédiatement après la délivrance, injection intra-utérine de 3 litres de solution iodo-iodurée de Tarnier.

Globe de sûreté. Temp. 37° 3; P. 120 p.; Resp. bonne. Légère éraillure à la fourchette.

Les difficultés de l'expulsion fœtale ont certainement été dues au moins en partie à la brièveté fonctionnelle du cordon, occasionnée par le circulaire cervico-axillaire du cordon. Les diamètres du bassin maternel étaient des plus normaux : D. de Baudelocque, 0,20 c. ; D. bisépineux ant. supér., 0,24 c.; D. bicrétal, 0,28 c.; D. bi-ischiatique, 0,11 cent.

L'examen du nouveau-né, fait par le Professeur R., le 5 avril, à la visite du matin, démontre l'intégrité parfaite de l'articulation scapulo-humérale gauche, sur laquelle avait été faite l'application du crochet axillaire, et celle du membre supérieur correspondant. Mais on relève des phénomènes de paralysie de la moitié faciale gauche probablement occasionnés par l'application de la branche gauche du forceps.

Dans la nuit du 5 au 6 avril, le nouveau né est pris de vomissements noirâtres et troubles asphyxiques des plus graves. L'interne de garde a la plus grande peine pour le ranimer.

Dans la journée du 6, il présente tous les symptômes d'une hémorragie cérébrale et succombe à 6 h. du soir.

L'autopsie confirma ce diagnostic. Le foyer hémorragique existait du côté gauche, et son origine ne pouvait par conséquent être rapportée à l'emploi du crochet axillaire.

En voici d'ailleurs les résultats:

Du côté de l'épicrâne, coagulum séreux sous tégumentaire au niveau de la région auriculo-temporale gauche.

A l'ouverture de la boite crânienne, on constate :

1° La présence de gros caillots au niveau du golfe de la jugulaire et du sinus latéral du côté gauche;

2 Hémorrhagie sous méningée dans les lobes temporal et pariétal gauche.

Rien d'anormal du côté droit, ni dans la région bulbaire.

Pas de luxation de Schrœder. Aucune trace d'altération traumatique dans la région cervicale, ni du côté de l'aisselle gauche.

OBSERVATION VII

M.I.D.P. chez une primipare ; Forceps au détroit supérieur-Extraction par le crochet axillaire d'un fœtus de 3.350 gr.

La nommée R. M., épouse A., primipare, âgée de 22 ans, entre à la salle de travail de la Maternité d'Alger (Série II, numéro 144), le 15 avril 1911, à 3 h. du soir.

Antéc. hérédit. — Père et mère en vie, ont eu 10 enfants, dont 9 ont survécu;

Antéc. personnels : A marché à un an et toujours bien marché; réglée à 14 ans menstruation très régulière; mariée à 20 ans; dernières règles du 7 au 10 juillet 1910. Grossesse à terme.

Le travail a commencé la veille, 14 avril, à 8 h. du m.; la rupture de la poche des eaux l'avait précédé.

A l'arrivée à l'hôpital, la dilatation est complète, la tête est amorcée en présentation de la face en M I D P. Les bruits du cœur sont nettement perçus. On téléphone à M. le Professeur J. Rouvier, qui vient aussitôt. Il confirme le diagnostic. Constatant le ralentissement des bruits du cœur fœtal, et la grande fatigue de la parturiente, en travail depuis plus de 30 h., il fait immédiatement une application de forceps, au détroit supérieur, sur la face en M I D P, après avoir inutilement tenté une version podalique par manœuvre interne, puis, une rotation interne du M. L'extraction est très pénible, l'ovoïde céphalique est extrait à 4 h. 20'.

Les épaules étant retenues dans l'excavation, application du crochet axillaire, sur l'aisselle postérieure (la droite), et extraction facile d'un enfant, du sexe masculin, pesant 3.350 gr.,

et long de 0,50 cent., en état d'asphyxie, et qui ne put être ranimé, malgré les soins ordinaires: bains chauds et froids alternés, tractions rythmées de la langue, respiration artificielle etc., continués durant deux heures. Les battements cardiaques cessèrent peu à peu.

Ses diamètres sont les suivants : OF, 0,115 mm.; Ss OF, 0,10 c.; OM. 0,125 mm.; Ss OB. 0,11 c.; Ss MB. 0,11 c.; Bi P. 0,095 mm.; Bi T. 0,085 mm.; Grande circonfér. 0,34 cent.; petite circonfér. 0,32 c.

Bi acromial non réduit, 0,14 cent.; réduit, 0,13 cent. Aucune trace de traumatisme sur le lieu d'application du crochet axillaire.

A 4 heures 25', la délivrance est terminée. Le placenta, de forme ronde, pèse 720 gr. Le cordon, en insertion latérale, de l'épaisseur d'un gros doigt, a 0,64 cent. de long. Les membranes mesurent : grand lambeau 0,31 cent,; petit lambeau, 0,11 cent.

Légère hémorragie facilement arrêtée par injection intra-utérine à la solution iodo-iodurée de Tarnier. Deux points de suture au périnée. Injection hypodermique de 0,02 cent. d'ergotine Yvon.

Globe de sûreté. Tempér. 37°; P, 68 p., Resp. 20.

Les diamètres du bassin sont: D. de Baudelocque, 0,19 cent.; D. bis épineux ant. supér. 0,23 cent. ; D. bicrétal, 0,27 cent.; D. bi-ischiatique, 0,10 cent.

Les suites de couches ont été des plus normales, et R. M. est sortie du service le 24 avril 1911, en excellent état de santé.

OBSERVATION VIII

Primipare-secondigeste. — Rupture prématurée de la poche des eaux.— Physométrie.— Forceps au détroit inférieur.— Extraction par le crochet axillaire d'un fœtus de 3.430 gr.

La nommée F. C., épouse P. G., primipare-secondigeste, âgée de 22 ans, entre à la salle de travail de la Maternité d'Alger (Série II, numéro 151), le 19 avril 1911, à 8 h. et demie.

Antécé. hérédit. — Père et mère vivants, ont eu 7 enfants, dont 7 ont survécu.

Antécéd. personnels. — ignore l'âge exact auquel elle a commencé à marcher; a toujours bien marché. Réglée à 14 ans; menstruation très régulière. Mariée à 20 ans. A eu un avortement de 3 mois, en avril 1910. Dernières règles du 14 au 16 juillet 1910. Grossesse à terme.

Le travail a commencé, après la rupture prématurée de la poche des eaux, le lundi 17 avril à 11 h. du soir. Le 19 avril, dans l'après-midi, la dilatation tardant à se faire, on conseille à la parturiente d'entrer à l'hôpital.

A son entrée à la Maternité, la dilatation est d'environ une pièce de 5 fr. La lèvre antérieure du col est œdématiée. Le fœtus est en O I D P. Les bruits du cœur sont nettement perçus.

A la visite du matin, mis au courant de l'état de la parturiente, le Professeur Rouvier décide une intervention immédiate. A ce moment, les bruits du cœur ont cessé, et durant les contractions s'écoule un liquide amniotique, coloré en noir verdâtre par du méconium. La tête est au détroit inférieur.

Le Professeur R. fait faire une application de forceps directe quant au bassin, par M. Coste, stagiaire du service. Au moment de l'extraction de l'ovoïde céphalique, qui ne souffre aucune

difficulté, issue d'une grande quantité de liquide amniotique, noir-verdâtre, manifestement altéré, accompagnée d'une forte détonation, consécutive à l'évacuation de gaz renfermé dans la cavité amniotique.

Les épaules sont retenues dans l'excavation, le bis acromial ayant une direction transversale, dans un plan presque horizontal. D'après les renseignements erronés qui lui sont fournis, le Professeur Rouvier fait une application du crochet axillaire sur l'aisselle gauche et l'extrait, puis sur l'aisselle droite qu'il dégage également. La rotation externe s'effectue alors et ramène l'occiput contre la cuisse droite de la parturiente. Il s'agissait donc d'une O I D P et non d'une O I G P. Le dégagement de l'ovoïde cormique se réalise aussitôt à 9 h. du matin.

Le fœtus du sexe féminin a succombé depuis quelques heures, en cours de travail. Il présente quelques traces de macération. Des parcelles d'épiderme, de la grandeur d'une pièce de 2 fr., manquent sur divers points des téguments: sur la partie antéro-latérale gauche du cou; sur la face latérale gauche du thorax, au niveau du sein; au niveau du pli du coude droit. Aucune trace de traumatisme du côté des aisselles.

Le fœtus, long de 0,51 cent., pèse 3.430 gr. Ses diamètres sont les suivants : OF 0,11 cent.; Ss OF 0,11 cent.; OM 0,14 cent.; Ss OB 0,09; Ss MB 0,10 cent.; Bi P. 0,095 mm.; Bi T. 0,08 cent. Grande circonférence 0,31 cent.; petite circonférence 0,28 cent.

Bi-acromial non réduit 0, 17 cent.; réduit 0,15 cent.

Délivrance artificielle, à 9 h. 30 du matin. Le placenta friable et présentant à la face utérine des traces de petits foyers hémorrhagiques, pèse 700 gr. Il est de forme ovoïde. A sa périphérie s'insère le cordon de la grosseur d'un gros doigt, et long de 0,52 cent. Les membranes ont été déchiquetées durant la délivrance artificielle.

Injection de 3 litres de solution de Tarnier après la délivrance. Globe de sûreté. Temp. 37°8.

La malade est mise en observation au Pavillon d'isolement Tarnier.

OBSERVATION IX

O.I.G.P. - Circulaire cervical.— Extraction par le crochet axillaire d'un fœtus du poids de 4.250 gr.

(Observation recueillie par M. Yaïch).

Mme J. T., multipare, domestique, âgée de 33 ans, entre à la Maternité d'Alger, le 9 avril 1911.

Antéc. hérédit. : Père et mère en bonne santé.

Antéc. personnels : A toujours bien marché. Convulsions à 3 ans. Paralysie faciale d'origine otique. Réglée à 11 ans. Menstruation régulière. Deux accouchements à terme eutociques en présentation du sommet et six fausses-couches.

Elle ignore la date de ses dernières règles et paraît au début de la 2e quinzaine du 8e mois. Sa taille est de 1 m. 45. Son bassin a des dimensions normales : D. de Baudelocque 0,20; D. bis. épineux ant. supér. 23,5; D. bicrétal 26,5; D. biischiatique 10,5.

Son losange obstétrical est régulier : diagonale verticale 6 plus 8 égal 14; d. horizontal 5,5 plus 5,5 égal 11. Les premières douleurs font leur apparition à 1 h.du soir le 22 avril 1911, on la transporte à la salle de travail le 23 avril à 2 h. du matin. La dilatation est complète une heure après. Les bruits du cœur fœtal sont normaux. La tête en O I G P se dégage en O P à 3 h. 1/2. Il existe un circulaire serré autour du cou que l'on sectionne entre deux pinces.

La rotation de la tête ne s'effectuant pas, les épaules restant enclavées suivant le diamètre oblique droit, Mlle Vitiello, élève sage-femme de garde, essaye sans y réussir de dégager les épaules et de les ramener en O P, avec le doigt recourbé en crochet introduit dans chacune des aisselles.

Elle fait alors une application de crochet sans succès sur l'épaule antérieure, puis sur l'épaule postérieure plus basse et plus accessible. Elle extrait facilement un fœtus du poids de 4 kil. 250.

Les diamètres sont les suivants : O F 0,12; S s O F 0,115; O M 0,125 mm.; S s O B 0,10; S s M B 0,105; Bi P 0,10 c.; Bi T 0,09.

Grande circonf. 0,38 cm.; Petite circonf. 0,36 cm.; Bis-acromial non réduit 0,15; réduit 0,12 c.

L'enfant, du sexe féminin, ne présente sur l'aisselle gauche saisie aucune trace de lésions traumatiques; pas de douleurs à la pression, pas d'ecchymoses, pas de fractures.

La mère et l'enfant quittent l'hôpital en excellent état de santé.

OBSERVATION X

O.I.D.P.- Primipare.- Extraction par le crochet d'un fœtus vivant du poids de 4.000 gr.

(Observation rédigee par M. Yaïch).

Mlle C. A., domestique, âgée de 16 ans, entre à la Maternité d'Alger le 9 mai 1911.

Elle n'a pas d'antécédents héréditaires ni personnels. Comme dans l'observation précédente, elle ignore la date de ses dernières règles et sa grossesse semble au début de la 1re quinzaine du 9e mois. Sa taille est de 1 m. 61. Son bassin est normal; D. de Baudelocque 20,5; D. bis-épineux ant sup. 0,24 c.; D. bicrétal 0,275 mm.; D. biischiatique 0,10. Son losange obstétrical est également régulier : diagonale verticale 7 plus 8 égal 15; diag. horiz. 5,5 plus 5,5 égal 11. Elle entre à la salle de travail le 17 mai 1911 à 10 h. du matin. La tête est engagée en O I D P. La dilatation est complète à minuit et demi. La tête se dégage en O P mais les épaules s'enclavent au détroit inférieur et ne peuvent effectuer leur rotation interne.

Après des tentatives infructueuses et répétées de dégagement des épaules, Mlle Thiriet recourt au crochet, saisit l'épaule postérieure plus basse et plus accessible que l'épaule antérieure cachée derrière la symphyse et extrait un enfant du poids de 4.000 gr. et d'une taille de 55 cm. Ses diamètres sont : O F 0,12; S s O F 0,11 c.; O M 0,115; S s O B 0,095 mm.; Bi P 0,09; Bi T 0,075. Grande circonf. 0,325; petite circonf. 0,30 c. Le bis-acromial non réduit est de 0,15; le réduit est de 0,13.

L'épaule saisie ne présente aucune lésion traumatique. Mère et enfant ont quitté la clinique en excellent état.

CONCLUSIONS

1° Il découle de nos observations que l'emploi du crochet axillaire du professeur Rouvier a permis l'extraction de fœtus vivants, quand après la sortie de la tête, les épaules étaient arrêtes dans l'excavation par excès de longueur du bis-acromial.

2° Nous n'avons jamais enregistré aucune lésion traumatique (fractures, ecchymoses, contusions du plexus brachial) de l'épaule saisie, aucune mort attribuable au crochet.

Dans les trois cas de mort de fœtus rapportés dans nos observations, la mort était due à des causes étrangères à l'application du crochet : dans un cas le cœur avait cessé de battre bien avant l'intervention; dans un deuxième, il y avait hémorragie intracrânienne par application de forceps et enfin le dernier présentait des traces de macération.

Nous en concluons que :

Lorsqu'après la sortie de la tête, les épaules sont enclavées au détroit inférieur notre ligne de conduite sera la suivante :

Après avoir vérifié que les épaules sont en asynclitisme exagéré, la plus basse étant la postérieure,

sans perdre un temps précieux en recourant à des manœuvres inefficaces ou dangereuses, nous pratiquerons d'emblée l'application du crochet, suivant le manuel opératoire prescrit par M. le professeur Rouvier.

Vu : *le Président de thèse*,
ROUVIER.

Vu : *le Doyen*,
J. CURTILLET.

Vu et permis d'imprimer,
Alger, le 24 juin 1911,
Le Recteur,
E. ARDAILLON.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ATTAIX. — Thèse de Paris 1900.

BONNAIRE. — *Presse Médicale*, 14 mars 1900.

BRINDEAU. — Pratique de l'art des accouchements.

COUDERC. — Thèse de Paris, 1900.

CAZEAUX. — Traité théorique et pratique de l'Art des Accouchements, 1857.

CHARPENTIER. — Traité pratique des Accouchements, 1890.

DEMELIN. — Rapport à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pœdiatrie de Paris (13 février 1911).

FORNARI Frederico. — *Il Morgagni*, 1877.

JACQUEMIER. — *Gazette hebdom. de Médec. et de Chirur., N°* 40-41-42, 1860.

— Mémoire de 1860 « Du volume de la poitrine et des épaules, etc. ».

LA MOTTE (de). — Traité des Accouchements, 1722.

LEVRET. — Suite des observations sur les causes et les accidents de quelques accouchements laborieux, 1751.

MAURICEAU. — Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées, 1721.

NICOLAS. — Communication, Société obstétrique de Paris, 21 mars 1907.

PORTAL. — De la pratique de l'Art des Accouchements.

PINARD. — *Annales de Gynécologie*, 1886-1887-1888.

Prof. J. ROUVIER. — Mémoire sur le crochet axillaire. Congrès intern. méd. Buda-Pesth, août 1909, et *Bullet. Méd. de l'Algérie*, 1910, 27 p.

ST-MARTIN. — Thèse Paris, 1900.

VILPELLE. — Thèse Paris, 1891.

Imprimerie-Papeterie C. VOLLOT
7, Rue Dumont-d'Urville, 7
ALGER